

MODE D'EMPLOI
FRONTIERE EFFICIENTE

Pour établir votre contrat Frontière Efficiente, nous vous remercions de bien vouloir réunir les éléments suivants :

☐ Votre bulletin de souscription complété et signé.

☐ Le document « Déclaration d'origine des fonds » obligatoire dès le 1er Euro.

☐ La copie de 2 Justificatifs d'identité en cours de validité du souscripteur.

Premier justificatif au choix :
- Carte nationale d'identité (photocopie recto et verso)
- Passeport (photocopie des pages contenant la photo, l'identité, la signature et le numéro du passeport)
- Titre de séjour (photocopie recto et verso)

Second justificatif au choix :
- Carte nationale d'identité (si la première pièce est le passeport)
- Passeport (si la première pièce est la carte nationale d'identité)
- Permis de conduire
- Livret de famille (ou extrait complet d'acte de naissance)

☐ Le chèque au nom du souscripteur et à l'ordre exclusif d'APICIL Assurances.

☐ Le RIB du compte bancaire du chèque de souscription.

☐ Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, gaz, eau, téléphonie fixe ou portable, quittance loyer).

☐ Le formulaire « MonFinancier & Vous » complété et signé.

☐ Le Mandat de prélèvement SEPA (en cas de mise en place de versements programmés).

☐ Le document « Clause Bénéficiaire » complété (en cas de désignation particulière uniquement).

☐ Un justificatif d'origine des Fonds (pour tout versement supérieur à 150 000 €).

☐ Le formulaire FATCA (en cas de d'indice d'américanité).

Merci de renvoyer votre dossier complet à l'aide de l'enveloppe retour préaffranchie

Ou

Sur enveloppe libre Sans Affranchir :
MonFinancier – Libre Réponse N°64323 – 35049 RENNES Cedex

Besoin d'aide ?





Bulletin de souscription
Frontière Efficiente



Type particulier de souscription : ☐ EPARGNE HANDICAP ☐ CO-SOUSCRIPTION
(Joindre les justificatifs nécessaires) ☐ MINEUR ☐ TUTELLE ☐ CURATELLE

Souscripteur / Assuré

Mme ☐ Melle ☐ M. ☐

Nom : .... Prénom : .... Nom de J.F. : ....

Né(e) le : ...... / ...... / ...... à : .... Département : .... Pays : ....Nationalité* : ....

Adresse : ....

Code postal :...................................Ville :... Pays : ....

Résidence fiscale* :.. Numéro TIN (numéro d'identification fiscal américain)* :..

*Si vous avez le statut de personne américaine, votre contrat sera reporté à l'administration fiscale française en application de la réglementation américaine FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act).

Tél. domicile :....................................Tél. portable :.............................. Courriel obligatoire :..

Situation familiale : ☐ Célibataire, ☐ Concubin(e), ☐ Pacsé(e), ☐ Marié(e), ☐ Divorcé(e), ☐ Veuf(ve)
Situation actuelle : ☐ Actif, ☐ Retraité(e), ☐ Etudiant(e), ☐ Cumul emploi/retraite, ☐ Chômeur(se)
Secteur d'activité : ☐ Agriculture, sylviculture et pêche, ☐ Industries extractives, ☐ Industrie manufacturière, ☐ Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné, ☐ Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution, ☐ Construction, ☐ Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles, ☐ Transports et entreposage, ☐ Hébergement et restauration, ☐ Information et communication, ☐ Activités financières et d'assurance, ☐ Activités immobilières, ☐ Activités spécialisées, scientifiques et techniques, ☐ Activités de services administratifs et de soutien, ☐ Administration publique, ☐ Enseignement, ☐ Santé humaine et action sociale, ☐ Arts, spectacles et activités récréatives, ☐ Autres activités de services, ☐ Activités des ménages en tant qu'employeurs ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre, ☐ Activités extraterritoriales
Catégorie professionnelle : ☐ Contremaître, agent de maîtrise, ☐ Agriculteur, ☐ Artisan, ☐ Cadre administratif et commercial d'entreprise, ☐ Cadre de la fonction publique, ☐ Chauffeur, ☐ Chef d'entreprise, ☐ Chômeur n'ayant jamais travaillé, ☐ Clergé, religieux, ☐ Commerçant et assimilé, ☐ Employé administratif d'entreprise, ☐ Employé civil de la fonction publique, ☐ Employé de commerce, ☐ Etudiant, ☐ Ingénieur et cadre technique d'entreprise, ☐ Ouvrier agricole, ☐ Ouvrier qualifié, ☐ Ouvrier non qualifié, ☐ Personnel des services directs aux particuliers, ☐ Policier et militaire, ☐ Profession libérale, ☐ Professeur, profession scientifique, ☐ Profession des médias, ☐ Professeur des écoles et assimilé, ☐ Profession intermédiaire de la santé, ☐ Profession intermédiaire administrative, ☐ Technicien, ☐ Sans activité professionnelle
Profession : ....
Vous êtes une Personne Politiquement Exposée (PPE), personne exerçant des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives ou ayant cessé d'exercer depuis moins d'un an : ☐ non, ☐ oui (précisez la fonction)..
La fonction est exercée ou a été exercée : ☐ en France ☐ hors France
Vous avez un lien familial ou êtes étroitement associé avec une PPE : ☐ non ☐ oui (fonction et nature du lien) ....

Revenus annuels du foyer :	Patrimoine total :	Répartition du patrimoine :	Montant €
☐ moins de 30.000€	☐ moins de 100.000€	Résidence principale	....
☐ de 30.001 à 50.000€	☐ de 100.001 à 300.000€	Résidence secondaire	....
☐ de 50.001 à 90.000€	☐ de 300.001 à 450.000€	Immobilier locatif	....
☐ de 90.001 à 140.000€	☐ de 450.001 à 790.000€	Valeurs mobilières, Assurance vie	....
☐ de 140.001 à 200.000€	☐ de 790.001 à 2.000.000€	Liquidités, livrets	....
☐ plus de 200.000€	☐ plus de 2.000.000€	Objets d'art	....
		Autres	....

Durée du contrat

☐ Durée viagère ou ☐ Durée déterminée de .... années à compter de la date d'effet.

Caractéristiques du versement initial

J'effectue un versement initial d'un montant de .... € (minimum 1 000 euros pour les versements libres ou 500 euros pour les versements programmés) suivant la répartition définie ci-dessous. Tous mes versements bénéficient de frais sur versement à 0 %. Selon chèque ci-joint, tiré sur la banque ...., établi à l'ordre d'APICIL Assurances (tout versement en espèces est interdit).

Option versements programmés

☐ Non ☐ Oui > J'opte pour des versements programmés d'un montant de : .... €.
Le prélèvement sera effectué par : ☐ mois (min.100 €) ☐ trimestre (min.300 €) ☐ semestre (min.600 €) ☐ année (min.600 €).
La répartition des versements programmés est **identique** à celle retenue pour le versement initial. J'ai bien noté que, conformément à l'article 8 des Conditions Générales valant note d'information, la mise en place des versements programmés se fera sous un délai d'un mois calendaire à réception par APICIL Assurances du mandat de prélèvement accompagné d'un RIB ou d'un RIP.

Répartition du versement initial

Supports retenus	Codes ISIN	% *
* min. 50€ par support	TOTAL :	100

J'atteste avoir pris connaissance des documents d'information clé pour l'investisseur (ou notes détaillées) visés par l'Autorité des Marchés Financiers présentant les caractéristiques principales des Unités de Compte choisies, disponibles sur le site présentant Frontière Efficiente et sur le site www.amf-france.org.



Bulletin de souscription
Frontière Efficiente

Option Garantie Plancher

Je souscris à l'option Garantie Plancher définie en annexe 1 des Conditions Générales : ☐ Oui ☐ Non

Bénéficiaires en cas de décès

☐ En cas de décès, je souhaite que le capital constitué soit versé à mon conjoint non divorcé non séparé judiciairement*, à défaut à mes enfants nés ou à naître,vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut à mes héritiers.

☐ En cas de décès, je souhaite que le capital constitué soit versé à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut à mes héritiers.

☐ En cas de décès, je souhaite que le capital constitué soit versé selon la clause testamentaire déposée chez Maître .... notaire à .... code postal ....
à défaut selon clause manuscrite, à défaut à mes héritiers.

☐ Je complète de façon manuscrite le formulaire « Clause bénéficiaire libre », à défaut à mes héritiers.

☐ En cas de décès, le capital constitué sera versé à mes héritiers.

* Le concubin ou le partenaire titulaire d'un PACS, n'étant pas visés par la clause, ils doivent être désignés expressément par la clause bénéficiaire libre si tel est le souhait du Souscripteur.

Déclarations et signature du souscripteur

1 Je déclare avoir une pleine capacité civile à contracter les présentes.

2 J'atteste avoir en ma possession :
>les Conditions Générales et annexes valant note d'information du contrat,
>les documents d'information clé pour l'investisseur (ou notes détaillées) des supports en unités de compte retenus disponibles sur le site présentant Frontière Efficiente et sur le site www.amf-france.org
>la notice d'information fiscale,
en avoir pris connaissance et les avoir acceptées.

3 Je déclare avoir été clairement informé(e) **qu'en investissant sur des unités de compte, je prends à ma charge le risque lié à la variation des cours de chacune de celles que j'ai souscrites, les unités de compte étant sujettes à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.**

4 Je reconnais avoir été informé(e) que conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit en m'adressant à APICIL Assurances, 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE et CUIRE.
J'ai bien noté, que pour les besoins de la gestion du contrat, ces informations sont obligatoires et susceptibles d'être transmises à des tiers. Par la signature du présent Bulletin de souscription, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient transmises.

5 **J'ai bien pris connaissance de ma faculté de renonciation dans les conditions suivantes :**
Le Souscripteur peut renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la réception des Conditions Particulières du contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : APICIL Assurances, 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE et CUIRE. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus à l'article 6 des Conditions Générales.

Fait le : ...... / ...... / ...... à ....en trois exemplaires.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



Déclaration d'origine des fonds
Frontière Efficiente

Document confidentiel

Joindre obligatoirement les justificatifs pour tout versement supérieur ou égal à 150.000 euros

L'Assureur se réserve également la possibilité de demander les justificatifs dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à l'arrêté du 2 septembre 2009 pris en application de l'article R. 561-12 du code monétaire et financier et définissant des éléments d'information liés à la connaissance du client et de la relation d'affaires aux fins d'évaluation des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme,
« [...] les éléments d'information susceptibles d'être recueillis pendant toute la durée de la relation d'affaires aux fins d'évaluation des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme peuvent être :

1° Au titre de la connaissance de la relation d'affaires :
- le montant et la nature des opérations envisagées ;
- la provenance des fonds ;
- la justification économique déclarée par le client [...] . »

N° de contrat (sauf à la souscription) :.. Montant du versement : ....

Civilité : ☐ Mme ☐ Melle ☐ M.

Nom : .... Prénom : .... Nom de J.F. : ....

Origine des fonds	Montant €
Transfert provenant d'autres placements (Livrets, actions,...)	
Vente immobilière (maison, terrain,...)	
Succession ou donation	
Revenus professionnels (rémunération, primes, dividendes,...)	
Cession d'actifs professionnels (exploitation, parts de société, commerce,...)	
Vente de biens mobiliers (oeuvres d'art, véhicules,...)	
Autre :	....
Total	....

Objectif d'investissement	
☐ Garantir le remboursement d'un prêt	☐ Accroître mon capital
☐ Préparer la transmission de mon patrimoine	☐ Autre :
☐ Bénéficier de revenus réguliers	
☐ Epargner pour réaliser un projet	

> **Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas d'origine délictueuse** au sens de la réglementation relative au blanchiment des capitaux (Code monétaire et financier articles L.561-1 et suivants).

> **Je déclare être pleinement informé(e) du fait que le Groupe APICIL a des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçons de blanchiment à Tracfin.**

> **Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant sur la présente « Déclaration d'origine des fonds » sont exacts et conformes à la réalité.**

Fait à .... le ..../........./............. Signature :

APICIL ASSURANCES - Entreprise régie par le Code des Assurances - Société Anonyme à Directoire et Conseil de surveillance
Siège social 38, rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire - RCS Lyon 440 839 942 - **Capital** 114 010 000 Euros



MonFinancier & Vous



Ce document est établi dans le cadre du Code Monétaire et Financier.
S'assurer d'une parfaite connaissance de votre identité, de votre situation, de vos objectifs c'est pour MonFinancier la nécessité de répondre à deux impératifs :
- **Vous garantir un conseil adapté** à votre sensibilité et vos objectifs et vous présenter une offre de solutions d'épargne en cohérence avec votre situation.
- **Nous conformer à l'aspect réglementaire de notre activité**, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le législateur a placé au centre de nos obligations la nécessité d'une vigilance accrue par le principe d'une parfaite connaissance de nos clients.
Les informations collectées ci-après font bien entendu l'objet d'un traitement confidentiel.

1- Situation actuelle

❒ Mme ❒ Melle ❒ Mr NOM: Prénom:
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :
Votre adresse :
Code Postal : Ville :
Le cas échéant, N°TIN : numéro d'identification fiscal américain : ....
Si différente, merci de préciser l'adresse de votre résidence fiscale :

Etes-vous une Personne Politiquement Exposée (PPE voir lexique) ? ❒ Oui ❒ Non
Pour vous contacter - Tél: E-mail: @
Vous êtes né(e) le : jj / mm/ aaaa Vous êtes de nationalité:

Quelle est votre profession ?
Si vous êtes retraité(e), merci de préciser votre fonction antérieure :

Votre situation familiale :
❒ Marié(e) ❒ Séparé(e) ❒ Veuf(ve) ❒ Pacsé(e) ❒ Célibataire
Si vous êtes marié(e), merci de préciser votre régime matrimonial :
❒ Communauté légale ❒ Séparation de biens ❒ Communauté universelle ❒ Autre :
Nombre d'enfants à charge ?

Lexique
PPE : Personne exerçant, ou ayant cessé d'exercer depuis moins d'un an, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives.

❒ **Vous avez réalisé récemment un entretien de découverte avec MonFinancier** (audit, bilan de votre patrimoine). Votre conseiller a défini vos objectifs, recueilli vos attentes, en cohérence à votre tempérament,

>>> *Vous pouvez vous rendre directement à la rubrique n°6 de ce document.*

❒ **Vous souhaitez découvrir votre visage patrimonial** (cette étude vous est offerte) :

>>> *Prenez rendez-vous dès à présent avec un Conseiller* (par téléphone, ou en agence) afin de réaliser un audit patrimonial complet.

❒ **Vous ne souhaitez pas bénéficier d'une étude patrimoniale complète :**

>>> Afin de répondre aux exigences de lutte contre le blanchiment d'argent et exercer notre devoir de conseil, ***nous vous invitons à compléter ce document dans son intégralité***.

2 - Revenus & Impôts

Quel est le revenu annuel de votre foyer :
❒ < 30 000€ ❒ de 30 001 à 50 000€ ❒ de 50 001 à 90 000€
❒ de 90 001 à 140 000€ ❒ de 140 001€ à 200 000€ ❒ > 200 000€

Etes-vous assujeti(e) à l'impôt sur la fortune (ISF) ? ❒ Oui ❒ Non

Et selon votre situation actuelle :
- Quelle est votre capacité d'épargne mensuelle ?
ou
- Quel est votre besoin de revenu complémentaire mensuel ?

Paraphes

3 - Patrimoine & crédits

Estimation de votre patrimoine global :

❐ < 100 K€ ❐ de 100 à 300 K€ ❐ de 300 à 450 K€ ❐ de 450 à 800 K€

❐ de 800 à 1 300 K€ ❐ de 1 300 à 2 500 K€ ❐ > 2 500 K€

Le cas échéant, montant des crédits immobiliers restant dus :

Composition du patrimoine :

	%	ou	K€
❐ Résidence principale			
❐ Résidence(s) secondaire(s)			
❐ Immobilier locatif (dont SCPI)			
❐ Epargne de court terme (sans risque) : livret, CEL, PEL, Codevi,...			
❐ Assurance-vie en fonds en €			
❐ Assurance-vie en Unités de compte			
❐ PEA, compte-titres			
❐ Autre : Epargne salariale (PEE et/ou autres dispositifs), FCPI, FIP, SOFICA,...			

Connaître la répartition de vos actifs permet d'évaluer l'exposition au risque de votre patrimoine mobilier

4 - Tempérament

Votre expérience en matière financière :

Avez-vous déjà (plusieurs réponses possibles):

- Passé un ordre de bourse vous-même ? ❐ Oui ❐ Non
  Si oui: ❐ <1 fois/an ❐ entre 1 et 5 fois/an ❐ très régulièrement
- Investi dans des OPCVM Actions ? ❐ Oui ❐ Non
- Investi dans des FCPI, FIP, FCPR, Sofica ou directement dans une PME ? ❐ Oui ❐ Non
- Investi dans de la «Pierre-Papier» (SCPI, OPCI) ? ❐ Oui ❐ Non

Avez-vous déjà détenu un placement financier qui a connu une baisse de sa valeur? ❐ Oui ❐ Non

Si oui, à quel niveau de moins-value : ❐ 5% ❐ 15% ❐ 30%

Quel pourcentage de votre patrimoine mobilier cela représentait-il ? ❐ <5% ❐ entre 5 et 10% ❐ >10%

Quelle a été votre réaction ?

❐ J'ai réinvesti ❐ J'ai fait le dos rond ❐ Je l'ai mal supporté ❐ J'ai paniqué et j'ai vendu

Votre niveau de connaissance en matière financière :

Quel est votre niveau de connaissance en matière financière ? (1 seule réponse possible)

❐ Faible ❐ Moyen ❐ Confirmé

Le saviez-vous?

- Le fonds en euros d'un contrat d'assurance-vie garantit votre capital : ❐ oui ❐ non
- Un investissement en OPCVM présente un risque de perte en capital : ❐ oui ❐ non
- On peut souscrire des parts de SCPI dans un contrat d'assurance-vie : ❐ oui ❐ non

Suivez-vous l'actualité financière (internet, radio, tv, presse écrite) ? ❐ oui ❐ non

De façon générale, pour votre patrimoine :
❐ Vous vous occupez vous-même de vos placements
❐ Vous prenez des décisions avec votre conseiller
❐ Vous confiez la gestion à des professionnels

Et, plus précisément, pour vos placements en Bourse :
❐ Vous vous occupez vous-même de vos placements
❐ Vous prenez des décisions avec votre conseiller
❐ Vous confiez la gestion à des professionnels

Définir votre tempérament d'investisseur, c'est mesurer votre sensibilité au risque. Cette information est mise en perspective avec vos exigences et objectifs pour définir l'adéquation de la (des) solution(s) d'épargne retenue(s)

Paraphes

5 - Vos attentes, vos objectifs patrimoniaux

Parmi les propositions ci-dessous, cochez vos 5 objectifs principaux et classez-les de 1 à 5 selon le degré de priorité que vous leur accordez:

De «1» : le plus important à «5»: le moins important

	1) Cochez 5 objectifs	2) Classez-les de 1 à 5
Protéger mon conjoint	❒	
Préparer la transmission de mon patrimoine	❒	
Optimiser la rentabilité de mon patrimoine	❒	
Préparer ma retraite	❒	
Obtenir des revenus complémentaires immédiats	❒	
Me prémunir contre les accidents de la vie ou du risque de la dépendance	❒	
Aider mes enfants	❒	
Me constituer une épargne de précaution de court terme	❒	
Me constituer un patrimoine à moyen / long terme	❒	
Réduire mon impôt (IR et/ou ISF)	❒	
Autre(s) - à préciser: ------------------------	❒	

6 - Votre projet d'investissement avec MonFinancier

La(les) solution(s) d'investissement retenue(s) :

❒ Assurance-vie ❒ Livret ❒ Dispositifs de réduction d'impôts

❒ Immobilier ❒ SCPI ❒ Autre

Quel est votre horizon de placement ? ❒ < 3 ans ❒ 5 à 8 ans ❒ > 8 ans

Pendant la durée de détention de votre placement, vous êtes prêt à accepter des variations de capital de : ❒ 0% ❒ -5/+10% ❒ -10/+20% ❒ -20/+35% ❒ -35/+50%

Quel montant envisagez-vous d'investir ? :

Ces fonds proviennent de :

❒ Epargne déjà constituée ❒ Vente de biens immobiliers ❒ Succession/donation

❒ Autre (merci de préciser)

Nous attirons votre attention sur le fait que le conseil et/ou les préconisations de MonFinancier se basent notamment sur les informations collectées sur ce document. Nous vous recommandons d'y notifier des informations complètes et sincères au risque d'altérer l'adéquation du conseil avec votre situation; en cas de non-réponse à ce questionnaire, MonFinancier ne pourra vous délivrer aucun conseil.
Votre situation familiale et/ou professionnelle peut évoluer : nous vous invitons à informer MonFinancier de toute modification afin de pouvoir actualiser votre situation et vérifier la cohérence de vos placements.

Paraphes

7 - A propos de MonFinancier

En application des différentes législations auxquelles nos activités sont soumises, nous vous prions de trouver ci-après les statuts réglementés de MonFinancier.

Conseil en Investissements Financiers inscrit au registre unique des intermédiaires en assurance, banque et finance (www.orias.fr) sous le N° 07031613. Adhérent de la CNCIF sous le n°D011939, association agréée par l'Autorité des Marchés Financiers et consultable sur le site www.amf-france.org. MonFinancier est autorisé à percevoir des rémunérations, liées aux décisions d'investissement prises à l'issue de prestation de conseil, des fournisseurs sélectionnés (assureurs, banquiers, gérants, promoteurs,...) sur tout ou partie des frais réglés.

Intermédiaire en Assurances : Courtier en assurance inscrit au registre unique des intermédiaires en assurance, banque et finance (www.orias.fr) sous le N°07031613 et positionné dans la catégorie «B», n'étant pas soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance, et pouvant notamment présenter les opérations d'assurance ou de capitalisation des établissements suivants : ACMN Vie, Apicil Assurances, E-Cie-Vie, Generali Vie, Suravenir. Entreprises d'assurance avec lesquelles il existe un lien financier : Néant.

Démarchage Bancaire ou Financier. Identité des mandants: GE Money Bank, A plus Finance, 123 Venture, Sigma gestion, Vatel Capital, Entrepreneur Venture, Turenne Capital, OTC AM, Alto Invest, Inocap, Republic AM, Nestadio Capital, Calao Finance,Midi Capital, La Française AM, Paref Gestion … (liste complète sur simple demande). MonFinancier SAS entretient une relation significative de nature capitalistique ou commerciale avec Republic Asset Management.

Transactions Immobilières (sans maniement de fonds) : Titulaire de la carte professionnelle n° 11359 délivrée par la Préfecture des Alpes Maritimes le 14/04/2009. Garantie financière conforme à l'article 35 modifié du décret 72-678 du 20 juillet 1972 de 30 000 € auprès de Covéa Risks.

Intermédiaire en Opérations de Banque et Services de Paiement référencé au registre unique des intermédiaires en assurance, banque et finance (www.orias.fr) sous le N° 07031613, appartenant à la catégorie de courtier en opérations de banque et en services de paiement. Établissements de crédit ou de paiement avec lesquels il existe un lien financier: Néant.

Garanties financières et en Responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L341-5 et L541-3 du Code Monétaire et Financier et à l'article L512-6 du code des Assurances, auprès de Covéa Risks, 19-21 allées de l'Europe, 92616 Clichy Cedex.

En cas de litige, adressez votre demande par voie postale à MonFinancier - 4 rue Beaumanoir - 35000 Rennes. La procédure de traitement des réclamations est disponible sur simple demande. Les autorités de contrôle de MonFinancier sont l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09 et l'AMF, 17 place de la Bourse - 75082 Paris cedex 02.

Nous vous informons que vous pouvez obtenir, à tout moment, une mise à jour de ces différentes informations sur notre site Internet.



MonFinancier, Conseiller en Investissement Financier D011939, Membre de la Chambre Nationale des Conseillers en Investissements Financiers (CNCIF), association agrée par l'Autorité des Marchés Financier (AMF)

Nom - Prénom :
le : _ _ / _ _ /_ _ _ _ à:
Signature:

KYC/MF/01/2014

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, MonFinancier a déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sa détention d'informations collectées (Récépissé n°1569707). Les informations vous concernant sont destinées à MonFinancier pour la gestion de vos données, et à ses partenaires pour la gestion de vos souscriptions. Les informations recueillies pourront être utilisées par MonFinancier, et par ses partenaires pour transmettre aux personnes, dans le respect des textes en vigueur, des informations ou offres commerciales, et ce par tout moyen de communication (notamment par courrier postal ou/et électronique, téléphone...). Conformément à la loi Informatique et Libertés N°78-17 du 6 janvier 1978, toute personne dispose à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, notamment quant à l'usage à des fins de prospection commerciale, et de suppression des données la concernant.
Pour exercer l'un de ces droits, vous pouvez transmettre votre demande à : MonFinancier – 4, rue Beaumanoir – 35000 RENNES ou envoyer un e-mail à contact@monfinancier.com



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

DESIGNATION DE L'ORGANISME CREANCIER : APICIL ASSURANCES 38 RUE FRANCOIS PEISSEL 69300 CALUIRE ET CUIRE	**N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) :** FR96ZZZ471254

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise APICIL ASSURANCES à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions données par APICIL ASSURANCES.
Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Je prends acte que la référence unique du mandat, relative au présent document, me sera attribuée et communiquée ultérieurement par APICIL ASSURANCES et en tout état de cause au moins 14 jours avant le premier prélèvement relevant du présent mandat.

Type de mandat : Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement unique ☐

PARTIE A COMPLETER PAR LE TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
Veuillez compléter obligatoirement tous les champs marqués *

* Votre nom et prénom : ....

* Votre adresse : ....

....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville et pays ....

* *Votre numéro de contrat : ☐☐☐☐☐☐☐

*Coordonnées du compte à débiter : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier code)

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

* Signé le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ * Lieu de signature : ....

* Signature(s) :

Merci de retourner ce document dûment complété et signé, obligatoirement accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) et d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité, à l'adresse suivante :

COURTAGE & SYSTEMES
TOUR DE LYON
185 RUE DE BERCY
75012 PARIS

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'accès, de rectification et d'opposition, tels que prévus aux articles 34 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Courtage & Systèmes - Société de courtage en assurances (n° ORIAS 07 005 596 - www.orias.fr) - SAS au capital de 437 000 euros,
Siège social Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 PARIS - RCS Paris 487.925.216

APICIL Assurances – Entreprise régie par le Code des assurances - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
Siège social 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire – RCS Lyon 440 839 942 – **Capital** 114.010.000 Euros

Clause Bénéficiaire

Contrat individuel d'assurance-vie libellé en euros et/ou en unités de compte

N° de contrat (sauf à la souscription) …………………………..……

Mes coordonnées

Nom ………

Prénom ……

Adresse………...

……

Date de naissance ..../……….…./…………....

Recommandations

> Afin d'éviter toute ambiguïté, il est vivement conseillé d'être le plus précis possible sur l'identité du ou des bénéficiaires désignés. Il peut s'agir :

- de bénéficiaires désignés par leur qualité (neveux,…)
- ou de bénéficiaires nommément désignés (nom, prénom, date de naissance, adresse,…).

Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, il est impératif d'indiquer la répartition du capital entre eux, soit : en pourcentage, « à parts égales », « à défaut » s'ils viennent en rangs successifs. En l'absence de telles précisions, vous serez réputé avoir choisi une répartition « à parts égales ».
Si vous désignez vos enfants (petits-enfants) et afin qu'ils soient tous bénéficiaires, vous devez mentionner « mes enfants nés ou à naître ».
Vous pouvez ajouter la mention « vivants ou représentés », afin que la part due au bénéficiaire prédécédé revienne à ses propres descendants.

> Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus à appropriée (changement de situation matrimoniale, décès d'un bénéficiaire, ...).

> Il est recommandé de tenir confidentielle l'identité du ou des bénéficiaires désignés.
En cas d'acceptation par le bénéficiaire, effectuée dans les conditions prévues à l'article L. 132-9-II du Code des assurances (c'est-à-dire soit établie par un avenant signé du souscripteur, du bénéficiaire et de l'assureur, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé du souscripteur et du bénéficiaire et notifié par écrit à l'assureur), la désignation devient en principe irrévocable : le souscripteur ne peut plus sans le consentement du bénéficiaire acceptant, modifier cette désignation, ni procéder à un rachat partiel ou total, à une avance, un nantissement ou une délégation de créance.



APICIL ASSURANCES, Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de surveillance
Siège social 38, rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire - RCS Lyon 440 839 942 - **Capital** 114 010 000 Euros

☐ **Désignation libre**

Je reconnais avoir pris connaissance des recommandations décrites en page 1 et vous remercie de bien vouloir noter qu'en cas de décès, les bénéficiaires de mon contrat sont :

……….

……….

……….

…….

……….

……….

……….

……….

……….

……….

……….

A défaut, mes héritiers.

☐ **Désignation type**

☐ En cas de décès, je souhaite que le capital constitué soit versé à mon conjoint non divorcé non séparé judiciairement*, à défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut à mes héritiers.

☐ En cas de décès, je souhaite que le capital constitué soit versé à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut à mes héritiers.

☐ En cas de décès, je souhaite que le capital constitué soit versé selon la clause testamentaire déposée chez Maître……………………………………..………… notaire à …………………………………………………………………………..………….., code postal …………, à défaut selon clause manuscrite, à défaut à mes héritiers.

☐ En cas de décès, le capital constitué sera versé à mes héritiers.

* Le concubin ou le partenaire titulaire d'un PACS, n'étant pas visés par la clause, ils doivent être désignés expressément par la clause bénéficiaire libre si tel est le souhait du Souscripteur.

Fait à ……………………………………………………….. le ………../…………/…………… Signature du souscripteur :



APICIL ASSURANCES, Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de surveillance
Siège social 38, rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire - RCS Lyon 440 839 942 - **Capital** 114 010 000 Euros

Déclaration FATCA

(**F**oreign **A**ccount **T**ax **C**ompliance **A**ct)

Contrat d'assurance-vie ou de capitalisation

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT EN CAS D'INDICE D'AMERICANITE

Le 14 novembre 2013, la France et les Etats Unis ont signé un accord en vue d'améliorer le respect des obligations fiscales à l'échelle internationale et de mettre en œuvre la loi relative au respect des obligations fiscales concernant les comptes étrangers (« Loi FATCA »).

N° de contrat (sauf à la souscription) : ……………………………………………

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom : …………………………………… **Prénom :** ……………………………… **Nom de Jeune Fille :** ……………………………………

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Qualité : ☐ (co) Souscripteur ☐ Bénéficiaire

Les questions suivantes permettent de déterminer si vous avez ou non le statut de personne américaine au sens de la loi américaine « FATCA » :

		OUI	NON
1	Etes-vous né aux Etats-Unis d'Amérique ?	☐	☐
2	Etes-vous domicilié aux Etats-Unis d'Amérique ?	☐	☐
3	Etes-vous citoyen (nationalité) des Etats-Unis d'Amérique ?	☐ Fournir le certificat **W9 dûment complété et signé.** **Numéro d'identification fiscal américain (TIN ou SSN) :** ……………………….	☐
4	Etes-vous résident fiscal des Etats-Unis d'Amérique ?	☐ Fournir le certificat **W9 dûment complété et signé.** **Numéro d'identification fiscal américain (TIN ou SSN) :** ……………………….	☐
5	Possédez-vous un numéro d'identification fiscal américain (TIN ou SSN) alors que vous n'êtes pas (*plus*) citoyen des Etats-Unis d'Amérique, ni résident fiscal des Etats-Unis d'Amérique ?	☐ Fournir le certificat **W-8BEN dûment complété et signé.** **Numéro d'identification fiscal américain (TIN ou SSN) :** ……………………….	☐

- **Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant sur la présente déclaration sont exacts et conformes à la réalité**.
- **Je m'engage à joindre les formulaires demandés à la présente attestation et autorise l'Assureur à les communiquer à l'administration fiscale française et américaine.**
- **En cas d'absence ou de refus de réponse ou en l'absence de transmission des documents justificatifs demandés, je suis informé(e) que l'Assureur doit déclarer tous les ans mon contrat aux autorités compétentes.**
- **Je m'engage à informer l'Assureur en cas de changement de situation pouvant avoir un impact sur les réponses apportées à la présente déclaration.**

Fait à …………………………………………………………… le |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature :

(précédée de la mention « Lu et approuvée »)

Les réponses à cette déclaration sont obligatoires dans le cadre de la règlementation FATCA. Elles sont destinées à l'Assureur et pourront être communiquées à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant et sur tout fichier. Pour l'exercer, adressez-vous par courrier postal à Groupe APICIL – Relation Client - 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire. 09/2014



APICIL ASSURANCES, Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de surveillance
Siège social 38, rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire - RCS Lyon 440 839 942 - **Capital** 114 010 000 Euros